

**Trabajo Final de Máster**  
Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria

***“Propuesta para trabajar los síntomas negativos de la esquizofrenia desde la  
rehabilitación psicosocial”***

Autora: Marta Monteagudo Guerrero

Tutor: Juan González Cases

Fecha de lectura: 12 de noviembre de 2015



## Índice

-Resumen	2
-Introducción	3
-Propuesta para trabajar los síntomas negativos	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
Metodología	15
Criterios de inclusión en el programa y población diana	18
Evaluación pre-post	18
Desarrollo de la intervención	19
Módulo 1: “Transmitiendo emociones”	19
Módulo 2: “Pequeños placeres”	23
Módulo 3: “Comunicándonos con empatía”	25
Módulo 4: “Con iniciativa”	31
Módulo 5: “Autoestímate”	33
-Plan de seguimiento	37
Método y objetivos	37
Esquema de las sesiones de seguimiento	38
-Conclusiones	41
-Referencias	43
-Anexo	49

## **Resumen**

Los síntomas negativos de la esquizofrenia generan en las personas que los sufren un deterioro en el funcionamiento psicológico, ocupacional, familiar y social. La introducción de los antipsicóticos atípicos prometía atajar este conjunto de síntomas, sin embargo, a día de hoy son numerosos los estudios que demuestran su limitada eficacia sobre los síntomas negativos de esta enfermedad. Desde la rehabilitación psicosocial, se diseña un programa que trabaja en torno a cada síntoma negativo pretendiendo reducir el impacto de los mismos. De igual manera, se sugiere un plan de seguimiento para comprobar si los objetivos que buscaba la propuesta se mantienen en el tiempo. El trabajo se enmarca en el contexto de una asociación de salud mental madrileña (AMAFE).

**Palabras clave:** propuesta rehabilitadora, síntomas negativos, esquizofrenia, rehabilitación psicosocial, plan de seguimiento, asociación de salud mental

## ***Abstract***

The negative symptoms of schizophrenia causes, in the people who are suffering it, damage in the psychological, occupational, familiar and social functioning. The inclusion of atypical antipsychotics promised the recovery of negative symptoms; however, nowadays several studies demonstrate the limited efficacy of these drugs in that group of symptoms. Taking the point of view of psychosocial rehabilitation, it is designed a program that works around each negative symptom, pretending to reduce the impact of these symptoms. As well, it is suggested a monitoring plan in order to check that the objectives of the program are maintained over time. This master's essay is framed in the context of a mental health association located in Madrid (AMAFE).

**Key words:** rehabilitation proposal, negative symptoms, schizophrenia, psychosocial rehabilitation, monitoring plan, mental health association.

## **Introducción**

Desde el comienzo del uso de los primeros antipsicóticos en los años cincuenta el abordaje de la esquizofrenia comenzó a cambiar, aunque se actuaba todavía desde un modelo exclusivamente médico. Estos novedosos medicamentos tenían grandes beneficios sobre los síntomas positivos de la enfermedad, pero no tenían efecto sobre los negativos. La introducción de los antipsicóticos de segunda generación supuso una nueva mejora, pues estos disminuían los efectos secundarios generados por los neurolépticos típicos y además abordaban los síntomas negativos.

Sin embargo, como se expondrá posteriormente, diversos estudios sugieren que la eficacia de los antipsicóticos atípicos en los síntomas negativos no ha sido tan claramente demostrada. Además la literatura existente y las principales guías de la esquizofrenia ponen de relieve la necesidad de un abordaje psicosocial de esta enfermedad que complemente el tratamiento farmacológico que reciben estas personas. Sus necesidades son múltiples y variadas, y exceden el ámbito médico. Este hecho, entre otros, permite el desarrollo del campo de la Rehabilitación Psicosocial.

Los síntomas negativos, en ocasiones pueden llegar a pasar desapercibidos por las personas que los padecen y su familia, por no ser tan llamativos como los positivos o por confundirse con efectos secundarios de la medicación. Sin embargo las consecuencias de los mismos empobrecen la calidad de vida de las personas afectadas y generan importantes déficits en el funcionamiento psicosocial.

El presente trabajo plasma una propuesta rehabilitadora para abordar los síntomas negativos de la esquizofrenia y su impacto. También se propone un plan de seguimiento de la misma. El contexto para el que está diseñada es AMAFE (Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de personas con Esquizofrenia), dispositivo donde realicé las prácticas del presente Máster.

## ***Esquizofrenia***

La esquizofrenia es un trastorno mental grave de evolución variable, desde la recuperación total hasta un alto deterioro funcional y social. Esta enfermedad es padecida por el 1% de la población mundial. Se estipula que el comienzo de la enfermedad puede darse desde los 15 hasta los 45 años.

Existen muchas teorías que tratan de dar sentido a la experiencia psicótica y su origen. Aún en la actualidad, no se ha conseguido determinar una única causa que sea lo suficientemente firme para dar una explicación completa de lo que representa la esquizofrenia, concluyendo que su etiología es multifactorial (incluyendo causas genéticas-biológicas, sociales y psicológicas).

Sin embargo, Zubin y Spring (1977) desarrollaron en los años setenta el Modelo de Vulnerabilidad, que se considera el marco de referencia ampliamente aceptado para la comprensión de la esquizofrenia. Este modelo postula que la vulnerabilidad de un individuo puede definirse como la predisposición a desarrollar un episodio esquizofrénico cuando las circunstancias vitales (externas y/o internas) producen un grado de estrés tal, que supera el umbral de tolerancia al estrés de dicho individuo.

Los síntomas de la esquizofrenia se pueden clasificar en tres categorías principales: síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas cognitivos. Se entiende como síntomas positivos aquellos que se incorporan al comportamiento base de la persona antes de padecer la enfermedad. Entre estos podemos encontrar alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, alteraciones del curso y la forma del lenguaje y comportamiento extravagante o desorganizado. Los síntomas cognitivos representan el conjunto de alteraciones de las funciones cognitivas, principalmente en atención, memoria y funciones ejecutivas.

Los síntomas negativos se asocian con la interrupción de características que solían estar presentes. Incluyen apatía, embotamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonia, falta de satisfacción en la vida diaria, falta de habilidad para iniciar y mantener actividades planificadas, falta de comunicación, retraimiento social, deterioro del rendimiento sociolaboral y descuido del aseo personal.

### ***Síntomas negativos***

Tal como se cita en Dachesky (2009), el término "síntomas negativos" tiene origen en los escritos de Hughlings-Jackson (1985), y su distinción entre síntomas positivos o "floridos" y síntomas negativos o "defectuales", que utilizaba para referirse a los de síntomas de la epilepsia. En 1911 Bleuler ya hacía referencia en sus textos a los síntomas negativos:

"Muchos esquizofrénicos...con sus rostros inexpresivos, desafectados, la imagen de la indiferencia. Ellos permiten ser vestidos y desvestidos como autómatas, ser acostados en su sitio de descanso y permanecer inactivos en el desorden total, y volver allí sin ninguna expresión ni signo de satisfacción o insatisfacción..."

Los síntomas negativos, como se ha comentado antes, son los relacionados con un déficit en los procesos que controlan la afectividad, volición y relaciones personales. Los síntomas resultantes del deterioro de estos procesos son:

*-Apatía:* Estado de indiferencia frente a las personas, el medio o los acontecimientos. Pérdida motivación o falta de iniciativa para la realización de actividades, metas o proyectos.

*-Embotamiento afectivo y desorganización de la vida afectiva:* empobrecimiento de la expresión emocional dando lugar a un estado emocional aplanado, que disminuye la interacción con el ambiente. Pueden cursar con problemas de expresividad emocional (expresiones faciales, gestos o tono de voz), con baja

respuesta a acontecimientos tristes o felices o reacciones inadecuadas en diversas situaciones (tanto en situaciones cotidianas como en situaciones de mayor impacto emocional).

*-Pobreza en el discurso (Alogia):* aspecto relacionado con el empobrecimiento del pensamiento y la cognición, en el que la persona deja de producir respuestas espontáneas y/o responde a preguntas directas con respuestas cortas y sin detalles. En algunos casos, las personas hablan con un lenguaje comprensible, pero sin transmitir contenido, realizando asociaciones imprecisas entre ideas, así como cortes incompresibles y saltos en el hilo del pensamiento (llamado descarrilamiento).

*-Abulia:* este síntoma se define como falta de energía o de impulso vital.

*-Anhedonia:* se define como la incapacidad para disfrutar de las actividades que antes eran placenteras, concepto que se suele relacionar con el aislamiento social. Este síntoma va marcando un deterioro en el rendimiento socio-laboral y a su vez descuido en el aseo e imagen personal, que lleva asociado una disminución de la autoestima.

Otros síntomas negativos son la falta de satisfacción con la vida diaria, falta de comunicación y retraimiento social.

Estos síntomas, que están presentes ya en el inicio de la enfermedad incluso antes que los síntomas positivos, carecen de instrumentos de evaluación apropiados y de tratamientos eficaces, y junto con los cognitivos, producen el mayor impacto sobre el funcionamiento, los hábitos de vida y la salud somática de las personas que los padecen. Numerosos estudios han demostrado una correlación positiva entre la gravedad de los síntomas negativos y el deterioro en el funcionamiento ocupacional, familiar y social de

los usuarios, siendo la anhedonia anticipatoria y la avolición los síntomas que parecen tener más relevancia (como se cita en García-Portilla y Bobes., 2013).

En ocasiones, las personas con esquizofrenia que reciben tratamiento farmacológico confunden estos síntomas de la enfermedad con efectos secundarios de la medicación. En el entorno directo de la persona afectada, estas conductas se suelen interpretar como signos de pereza o como una forma de vida escogida voluntariamente. Estas interpretaciones suelen contribuir al malestar general de la persona y de sus familiares.

El inicio de la utilización de antipsicóticos supuso una mejora en la vida de las personas diagnosticadas de esquizofrenia. Los primeros antipsicóticos, que se conocen como típicos tenían la capacidad de reducir los síntomas positivos, sin embargo no lograban modificar los síntomas negativos. Además generan síntomas secundarios de tipo extrapiramidal.

Los antipsicóticos atípicos, introducidos en los años noventa, siguen actuando sobre los síntomas positivos, tienen alguna acción sobre los síntomas negativos y no presentan efectos adversos de tipo extrapiramidal.

Aunque inicialmente los antipsicóticos de segunda generación suscitaron expectativas sobre su eficacia en los síntomas negativos, tanto los estudios como la práctica clínica han demostrado su ineficacia sobre los síntomas negativos primarios en monoterapia y politerapia (Stahl 2013 en García-Portilla et al., 2013).

Bagnall et al. (2003) concluye, de manera similar, que la eficacia de los antipsicóticos atípicos sobre los síntomas negativos no ha sido tan claramente demostrada. Tsapakis, Dimopoulou y Tarazi (2015), por su parte, afirmaron que el manejo de los síntomas negativos continúa siendo una necesidad clínica insatisfecha por la medicación antipsicótica, que parece alcanzar como mucho, una eficacia modesta.



Mairs, Lovell y Keeley (2013) afirman que los importantes avances en farmacología y los tratamientos psicosociales para los síntomas positivos en la pasada década no coinciden con el progreso en el tratamiento de los síntomas negativos.

Diversos tratamientos psicosociales están siendo estudiados en relación a los síntomas negativos. Como se recoge en Vallina y Lemos (2001), el entrenamiento en habilidades sociales puede implicar la reducción de los síntomas negativos (Smith, Bellack y Liberman, 1996). Por otro lado, en el estudio de Halford, Harrison, Kalyansundaram, Moutrey y Simpson (1995) se concluyó que los pacientes que completaron un programa psicoeducativo, redujeron sus síntomas negativos y mejoraron su calidad de vida (citado en Heinssen, Liberman y Kopelowicz, 2000).

En 2011 dos ensayos aleatorios controlados (Klingberg et al.; Grant, Huh, Perivoliotis, Stolar y Beck, 2011) evaluaron la eficacia de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de síntomas negativos, obteniendo ambos una mejora sobre estos síntomas. Además el estudio de Klingberg et al. (2011) también encontró mejoras en los síntomas negativos del grupo control cuando se les aplicaba rehabilitación cognitiva.

La musicoterapia como complemento a la atención habitual ayuda a los pacientes con esquizofrenia a mejorar el estado general, el estado mental (incluidos los síntomas negativos) y el funcionamiento social (Mössler, Chen, Heldal y Gold, 2011).

El “National Institute for Health and Care Excellence, NICE” (2009) ha recomendado que el Servicio Nacional de Salud (NHS) considere las terapias de arte para los síntomas negativos.

En definitiva, actualmente parece que la manera más efectiva de gestionar los síntomas negativos de la esquizofrenia es complementando el tratamiento farmacológico con terapias psicosociales (Tsapakis et al., 2015).

### ***Necesidades psicosociales y Rehabilitación psicosocial***

La esquizofrenia y sus síntomas (tanto positivos como negativos) generan pérdida de autonomía, dificultades de funcionamiento, problemas en el desempeño de los roles sociales, falta de soporte social, pérdida de redes sociales, dependencia familiar y problemas de inserción laboral, entre otros.

Las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas, desbordando en la mayor parte de casos el ámbito sanitario-psiquiátrico y dejando paso a la dimensión social y psicosocial. Este colectivo de personas presenta discapacidades, déficits y dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social (desempleo, pobreza, aislamiento social, rechazo y estigma, falta de vivienda etc.) (González y Rodríguez, 2002).

Las recomendaciones de un abordaje psicosocial se mantienen en todas las guías actuales de tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo la GPC (2009), la Guía NICE (2014) y la Guía APA (2004). Como Kanter (1989) afirmó el tratamiento de la esquizofrenia debe contemplar diferentes componentes (psicofarmacológico, intervención psicosocial y rehabilitación social) de una manera integrada (tal como se cita en Florit-Robles, 2006).

“Los pacientes que reciben tratamiento psicosocial de forma regular tienen más probabilidades de continuar con los medicamentos y menos probabilidades de sufrir recaídas y terminar hospitalizados” (National Institute of Mental Health [NIMH], 2011).

Es el campo de la rehabilitación psicosocial el que aborda estas necesidades de índole psicosocial de las que venimos hablando. Los orígenes del mismo se sitúan en los procesos de Reforma Psiquiátrica a lo largo de los años sesenta, setenta y en España a

los largo de los ochenta. El cierre de las instituciones psiquiátricas y las necesidades que surgieron como consecuencia (reinserción de los enfermos en la comunidad, déficits y discapacidades psicosociales, abordaje biopsicosocial de la enfermedad etc.) dieron lugar a un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, lo que hoy se conoce como Salud Mental Comunitaria. Es en este entorno por lo tanto donde se comienza a desarrollar un campo de intervención que intenta dar respuesta a las necesidades comentadas.

Más concretamente, la Rehabilitación Psicosocial tiene como objeto ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que puedan mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posible. (Rodríguez, 1997).

Las intervenciones psicosociales, tal y como menciona Florit-Robles (2006) pretenden reducir el impacto que tienen en la vida del sujeto tanto de los síntomas negativos de la esquizofrenia como de los positivos, aumentar el conocimiento sobre el trastorno que pueda tener el propio sujeto y su familia, así como favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la propia red social del paciente, proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familiares, etc. (Muesser, Liberman, y Glynn, 1990; Tomaras, Vlachonikolis, Stefanis y Madianos, 1998). Además no sólo pretende “recuperar” habilidades perdidas sino también potenciar las fortalezas que quedan preservadas en el sujeto.

En el contexto de Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria se hace necesario mencionar el Modelo de *Empowerment* (Rappaport, 1977). El *empowerment* o empoderamiento es un proceso en el que la persona toma el control y responsabilidad sobre sus propias acciones (Buelga, 2007). Desde este modelo, considerado en la actualidad una orientación teórica dentro de la Psicología Comunitaria, el usuario es activo y participa en su proceso de recuperación, decidiendo sobre su tratamiento y en definitiva, tomando el control de su vida.

Bajo el nombre de rehabilitación psicosocial se encontraban diversidad de programas y actuaciones que no tenían una base ni metodología común, pero se defiende que “no todo vale en rehabilitación psicosocial”, por lo que dada la creciente importancia del campo se establece una estructura conceptual y una metodología común que permiten que este campo se haya convertido en una pieza clave en la atención comunitaria a la población enferma mental crónica.

Pilling (1991) sintetiza los principios que plasman la filosofía de la Rehabilitación Psicosocial, haciendo en ellos referencia a los Derechos Humanos, al Principio de Normalización o al Principio de Individualización, entre otros.

Las áreas sobre las que interviene la rehabilitación psicosocial son la mejora del funcionamiento psicosocial y apoyo a la integración social (autocuidado, psicomotricidad, actividades de la vida diaria, autocontrol, habilidades sociales...); apoyo, asesoramiento e intervención psicosocial en familias e Intervención en el medio social de apoyo y soporte comunitario.

### ***Propuesta rehabilitadora y contexto***

El presente trabajo presenta una propuesta rehabilitadora para abordar los síntomas negativos de la esquizofrenia y sus consecuencias que se diseñó durante el período de prácticas del máster. Asimismo se sugiere un plan de seguimiento de tal propuesta.

Las prácticas del presente máster tuvieron lugar en AMAFE. (Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de personas con Esquizofrenia). Es una entidad sin ánimo de lucro, de ámbito provincial, inscrita en el Registro de Entidades de Acción Social y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y declarada de Utilidad Pública desde 1996. Fue constituida en el año 1989 por familiares de personas con enfermedad mental crónica que sintieron la necesidad de dotarse de una Entidad que pudiera dar una respuesta integral y efectiva a las cuestiones relativas a la salud mental de sus seres queridos ([amafe.org](http://amafe.org)).

La población atendida debe cumplir unos criterios de admisión, que son los siguientes:

- Tener diagnóstico de esquizofrenia u otras psicosis (con el correspondiente informe).
- Recibir tratamiento psicofarmacológico supervisado por el psiquiatra.
- Tomar a diario la medicación prescrita.
- No acudir al centro bajo los efectos de alcohol u otras sustancias tóxicas
- No presentar conductas disruptivas
- Tener entre 14 y 65 años.

El equipo de profesionales de AMAFE es multidisciplinar y está compuesto por psicólogos, terapeuta ocupacional, trabajadores sociales, formadores de taller y auxiliares administrativos. Además, desde su fundación el voluntariado ha sido el núcleo creador y motor de la Asociación.

AMAFE cuenta en la actualidad con diversos servicios integrados: Información y Orientación, Atención Domiciliaria, Centro de Día, Apoyo a la Inserción Socio Laboral y Atención a Familiares. El objetivo general que se persigue desde todos los servicios es mejorar la autonomía, la calidad de vida y la permanencia en el propio entorno de la persona diagnosticada de esquizofrenia, favoreciendo procesos de rehabilitación psicosocial, evitando aislamiento y potenciando la recuperación de sus déficits. El régimen de atención es diurno.

## **Propuesta para trabajar los síntomas negativos**

### **Objetivo general**

-Mejorar la calidad de vida de los usuarios en aspectos relacionados con la enfermedad en general y con los síntomas negativos en particular.

### **Objetivos específicos**

1. Conocer cuáles son las emociones básicas: alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco.
2. Asociar a cada emoción una expresión facial, un pensamiento y una conducta.
3. Etiquetar las emociones a la vista de una expresión facial (tanto en sí mismos como en sus compañeros).
4. Desarrollar técnicas para el manejo de emociones negativas.
5. Entender los beneficios que tienen las actividades placenteras sobre el estado de ánimo y la autoestima.
6. Recuperar alguna actividad que realizaban en el pasado y dejaron de realizarla por el inicio de la enfermedad. Recuperar aficiones.
7. Comenzar a realizar alguna actividad de ocio nueva.
8. Planificar actividades agradables para su día a día.
9. Conocer qué es la empatía y comenzar a desarrollarla.
10. Entender la importancia de la comunicación verbal y sus componentes (Fluidez, ritmo, volumen de voz, inflexiones y latencia de respuesta). Desarrollar

habilidades conversacionales como el inicio, mantenimiento y cierre de la conversación o la adecuación del contenido del discurso al grado de proximidad afectiva.

11. Entender la importancia de la comunicación no verbal y sus componentes (Gestos, postura adecuada y dirigida al interlocutor, contacto visual, distancia interpersonal y expresión facial).
12. Aplicar los aspectos citados sobre comunicación verbal y no verbal aprendidos en conversaciones mediante *role-playing* y ponerlo en práctica fuera del taller.
13. Conocer la relación entre las metas, la autoestima y el estado de ánimo.
14. Establecer metas a corto, medio y largo plazo.
15. Analizar esas metas: encontrar los motivos y planear cómo conseguir las.
16. Conocer algunas claves para mejorar la motivación.
17. Conocer la relación entre estigma, autoestigma y autoestima.
18. Mejorar la autoestima.
19. Disminuir el autoestigma.
20. Conocer estrategias para mejorar su autoestima.

## **Metodología**

El formato del presente taller es grupal, siendo lo ideal entre cuatro y seis usuarios. Sería deseable que el nivel cognitivo de los participantes sea parecido para que todos sean capaces de avanzar al mismo ritmo con los contenidos.

En cuanto a los recursos materiales necesarios, el taller se imparte en una sala polivalente con la que cuenta la asociación. Este espacio tiene un ordenador, un proyector, una pizarra y un espejo que son utilizados para apoyar ciertas actividades.



La periodicidad de las sesiones es semanal con duración de una hora y media por sesión. El programa cuenta con 18 sesiones en total. Además, tras la finalización del taller, se pretende realizar un plan de seguimiento a los tres, seis y doce meses para asegurarnos que los contenidos ofrecidos en el taller perduran en el tiempo.

Este taller deberá ser impartido por psicólogos, debido a que las estrategias que se les enseñan a los usuarios en este programa son técnicas de intervención psicológica (técnicas de relajación, manejo de la ansiedad, entrenamiento en habilidades sociales, etc.), además se trabaja con procesos psicológicos básicos como la motivación o la emoción. Es recomendable la presencia de dos terapeutas, pues, aunque sea un taller grupal, se trata en la medida de lo posible atender las necesidades individuales de cada usuario. También servirá para plasmar ejemplos de actividades por parejas que se van a realizar (*role-play*, por ejemplo).

La metodología del presente programa es de carácter participativo, interactivo y de aplicación práctica. Además incluye componentes psicoeducativos. Los contenidos del programa diseñado se dividen en módulos, que constan de dos a cinco sesiones, dependiendo del tema (ver Anexo 1). Cada módulo, bajo un título, trata de abordar una problemática relacionada con los síntomas negativos. Por ejemplo, el módulo “Transmitiendo emociones” consta de cuatro sesiones y trabaja en torno al embotamiento afectivo y el afecto aplanado.

Tomando como referencia el formato de sesión que señala Carrasco (2015) en los materiales del máster, el esquema general de las sesiones de la presente propuesta es el siguiente:

1. Saludo. Al principio de las sesiones, se van a reservar de cinco a diez minutos para que cada usuario, si lo desea, comente qué tal ha ido su semana, esto va a permitir por un lado fortalecer el sentimiento de pertenencia al grupo y por otro

lado se pretende facilitar el desarrollo de conversaciones “naturales”, para mejorar la fluidez en la comunicación verbal. El psicólogo que imparte el taller favorecerá en la medida de lo posible esta comunicación inicial.

2. Repaso de la sesión anterior y/o revisión de las tareas propuestas para casa
3. Presentación de nuevos contenidos:
  - a. Presentación del tema
  - b. Sondeo de la información que tienen sobre el tema
  - c. Ampliación de la información y corrección, o si es el caso,
  - d. Suministro de nueva información
4. Realización de una actividad práctica que sirva para plasmar el contenido teórico
5. Debate y dudas surgidas al hilo del tema
6. Planificación de las tareas para casa.
7. Despedida.

Esta estructura se seguirá, de manera flexible en todas las sesiones excepto en la primera sesión que servirá para que los miembros del grupo se conozcan entre ellos, y al terapeuta y comiencen a crear una vinculación con él. Asimismo servirán para familiarizarse con las normas del grupo, los contenidos que se van a ofrecer en el taller y su metodología. Se pasarán los cuestionarios “pre-intervención” en esta sesión. La última sesión también seguirá otro esquema diferente pues tiene como objetivo evaluar los resultados del programa.

## **Criterios de inclusión en el programa y población diana**

La derivación de usuarios al programa la realiza su psicólogo de referencia, con el consenso del resto del equipo y con el acuerdo previo del usuario. Los criterios de derivación al presente taller son los siguientes:

- Que trabajar en torno a los síntomas negativos de la enfermedad sea una prioridad dentro de su Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).
- Momento de su enfermedad, no habiendo un grado de sintomatología positiva que dificulte la participación en el taller. Deberán predominar principalmente los síntomas negativos. Esto se medirá administrando la PANSS (Kay, Flszbein y Opfer, 1987; versión española por Peralta y Cuesta, 1994).
- Nivel cognitivo necesario para trabajar en este área. Aunque dependiendo de las características individuales de los usuarios se podrán adaptar los contenidos a su nivel cognitivo.
- Que el usuario tenga una mínima motivación para trabajar objetivos, asunto que se desarrollará con ellos de forma individual en sesiones previas al taller.
- Que el usuario tenga posibilidad de asistencia al grupo, a nivel horario.

## **Evaluación (pre-post)**

Como anteriormente se ha comentado, para derivar a un usuario a este taller, se le habrá tenido que administrar la escala PANSS (Kay et al., 1987; versión española por Peralta et al., 1994), y que en los resultados predomine la sintomatología negativa.

Una vez que el usuario haya sido derivado, en la primera sesión del programa, se aplicará como pre-tratamiento la Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989; versión española por Martín Albo, Núñez, Navarro, y Grijalvo, 2007) y la Escala de Calidad de Vida-QLS (Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984; versión española por

Rodríguez, Rodríguez, Jarne y cols., 1995). A la finalización del programa se repetirán estas medidas y la escala PANSS (Kay et al., 1987; versión española por Peralta et al., 1994) para ver si se han producido mejoras.

## **Desarrollo de la intervención**

### **SESIÓN 1** Sesión de presentación

- Presentación de los miembros del grupo y de los terapeutas
- Se explicarán las normas del taller (confidencialidad, puntualidad, avisar si van a faltar...) y la metodología del mismo.
- Se expondrán los contenidos que se van a ofrecer, y el motivo por el que es importante trabajarlos
- Evaluación y pre-tratamiento: Se administrará la Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg,1989; versión española por Martín Albo et al., 2007) y La Escala de Calidad de Vida-QLS (Heinrichs et al., 1984; versión española por Rodríguez y cols., 1995).

El primer módulo, denominado **“Transmitiendo emociones”** consta de cuatro sesiones, y tiene como objetivo general trabajar sobre el embotamiento afectivo y el afecto aplanado. Los objetivos específicos de este módulo son:

1. Conocer cuáles son las emociones básicas: alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco.
2. Asociar a cada emoción una expresión facial, un pensamiento y una conducta.
3. Etiquetar las emociones a la vista de una expresión facial (tanto en sí mismos como en sus compañeros).
4. Desarrollar técnicas para el manejo de emociones negativas.

Las sesiones siguen la estructura ya especificada anteriormente, por lo que a continuación se expondrán los nuevos contenidos, las actividades para practicar y plasmar éstos y las tareas para casa. Por lo tanto se sobreentiende que en cada sesión al principio habrá un saludo, un debate sobre qué saben del contenido nuevo y al final un espacio para dudas y despedida.

## **SESIÓN 2**

-Psicoeducación general sobre emociones (¿Qué es una emoción?, ¿Para qué sirven?, ¿cuántas emociones hay?)

-Actividad 1:

Entregarles fotos de caras con diferentes expresiones faciales y que etiqueten de qué emoción se trata. Esta actividad pretende que se familiaricen con las seis emociones básicas y que asocien ciertos rasgos faciales a cada una.

Ejemplo: “Esta foto está evocando la emoción de sorpresa porque tiene las cejas levantadas, la boca abierta...”.

-Actividad 2:

El psicólogo propone diferentes emociones y los usuarios se colocarán frente al espejo para “ensayar” qué gestos se asocian a cada emoción.

-Actividad 3:

Por parejas. Uno de los miembros de la pareja pondrá una serie de gestos en la cara y el compañero tiene que “adivinar” qué emoción es.

-Tarea para casa: Traer para la próxima sesión fotos (suyas o de periódicos/revistas) que plasmen cada una de las seis emociones básicas.

### **SESIÓN 3**

-La ira. Se explicará cómo las emociones en general llevan asociado un pensamiento, una forma de sentirnos y de actuar. En particular sobre la ira.

-¿Qué gestos nos ayudan a identificar la ira? Se visualizarán fragmentos de películas donde se pueda ver gráficamente una expresión de ira y la situación que la evoca.

-¿Qué situaciones nos hacen sentir ira? Se realizará un debate en el que cada uno de los usuarios presentes expondrá qué le hace sentir ira. Servirá también para que se den cuenta que las emociones son individuales y subjetivas.

-¿Qué hacéis cuando sentís ira? Se explicarán técnicas de automanejo de la ira: relajación, parada de pensamiento o tiempo fuera.

-Actividad: “Semáforo de la ira”

Los colores del semáforo corresponden con un nivel de ira, considerando verde la ausencia de ira, naranja nivel medio y rojo el nivel máximo de ira. Cada color nos lleva a diferentes estrategias para el manejo de la ira. Si clasificamos una situación como “naranja” podremos llevar a cabo una parada de pensamiento o relajación, con la posibilidad de bajar nuestra activación a “verde”. Si clasificamos una situación como “roja” el consejo es la técnica de tiempo fuera autoimpuesto.

-Tarea para casa: con situaciones cotidianas que ocurran durante la semana, poner en práctica la actividad del semáforo con sus consiguientes técnicas de automanejo de la ira.

## **SESIÓN 4**

-Explicación del concepto tristeza-depresión. Remarcar las diferencias entre tristeza y depresión.

-Actividad 1: “Tristes”

Los participantes tratarán de recordar momentos en los que se han sentido tristes y que desencadenó esa tristeza. Además deberán identificar qué sentían físicamente al experimentar esa emoción. Se compartirá con el resto del grupo.

-Se ofrecerán estrategias para afrontar la tristeza: distracción (libro, películas), hacer deporte...También se recalcarán estrategias no aconsejables (sobrealimentación, alcohol...).

-La alegría. Compararemos las sensaciones físicas propias de la alegría en comparación con la tristeza.

-Actividad 2: “Alegres”

Escribirán en un papel situaciones en las que se han sentido alegres y que desencadenó esa alegría. Se compartirá con el resto del grupo.

-Tarea para casa: poner en práctica las estrategias para afrontar la tristeza, apuntando en un papel cuál fue la situación que lo desencadenó y si ha sido útil la estrategia. Además y de manera similar a como se ha hecho con las demás emociones, deberán anotar en un papel los pensamientos, sensaciones físicas y situaciones que evocan en ellos mismos las emociones de sorpresa y asco. Se revisarán estas dos emociones al inicio de la sesión 5.

## **SESIÓN 5**

-Miedo y ansiedad. Explicar ambos conceptos.

-Actividad:

Similar a la sesión anterior. Apuntarán qué sensaciones físicas van asociadas a cada estado y que situaciones llevan a sentir miedo o ansiedad. Se comparte con el resto del grupo.

-Ansiedad: explicar la curva de la ansiedad (con ejemplos).

-Explicación de técnicas de afrontamiento de la ansiedad. Practicamos la respiración diafragmática en colchonetas.

-Tarea para casa: practicar lo que hemos aprendido sobre respiración en casa.

El módulo *“Pequeños placeres”* pretende abordar la anhedonia. Los objetivos específicos que persigue el mismo son:

1. Entender los beneficios que tienen las actividades placenteras sobre el estado de ánimo y la autoestima
2. Recuperar alguna actividad que realizaban en el pasado y dejaron de realizarla por el inicio de la enfermedad. Recuperar aficiones.
3. Comenzar a realizar alguna actividad de ocio nueva
4. Planificar actividades agradables para su día a día

## **SESIÓN 6**

-Psicoeducación en actividades agradables:

- Explicar la relación entre las actividades agradables que realizamos, nuestro estado de ánimo y autoestima.



- Beneficios de realizar actividades agradables: menos aislamiento, más pensamientos positivos sobre el mundo y nosotros mismos (autoestima).
- Tipos de actividades agradables: breves (observar el paisaje, dar una caminata, tomar una ducha caliente) o de más duración (jugar al fútbol), solos o en compañía (insistir en la importancia de las actividades agradables en compañía para disminuir el aislamiento).

-Actividad “Buscando actividades agradables”.

Consiste en que los participantes rellenen una tabla (Anexo 2) con actividades agradables pasadas que han dejado de realizar, actividades agradables presentes y actividades agradables que les gustaría realizar. Puesta en común de estas actividades.

-Se les repartirá una lista con posibles actividades agradables

-Tarea para casa: confeccionar su lista personalizada de actividades agradables.

## **SESIÓN 7**

-Actividad “Planificando actividades agradables”:

Con la lista personalizada de actividades agradables que debían traer de casa, ahora es el momento de planificarlas. Para ello, rellenarán la tabla (Anexo 3), valorando el esfuerzo de realizar cada actividad y la satisfacción que les reporta. Tras hacer esta valoración, planificarán actividades agradables para las próximas semanas, comenzando por las que menos esfuerzo les supongan y más satisfacción les produzca. Asimismo se empezará por las pasadas y presentes. Para finalizar se asignará un día y un tiempo a cada actividad.

-Explicar a los usuarios las actividades de ocio que se están ofreciendo últimamente en AMAFE e invitarles a que se apunten (se les animará a comenzar una nueva afición).

-Tarea para casa: Poner en práctica la planificación de actividades agradables que han realizado en esta sesión.

El tercer módulo se denomina **“Comunicándonos con empatía”**. En este módulo se trabaja en torno al aislamiento social y la alogia. Los objetivos del módulo son:

1. Conocer qué es la empatía y comenzar a desarrollarla
2. Entender la importancia de la comunicación verbal y sus componentes (Fluidez, ritmo, volumen de voz, inflexiones y latencia de respuesta). Desarrollar habilidades conversacionales como el inicio, mantenimiento y cierre de la conversación o la adecuación del contenido del discurso al grado de proximidad afectiva.
3. Entender la importancia de la comunicación no verbal y sus componentes (Gestos, postura adecuada y dirigida al interlocutor, contacto visual, distancia interpersonal y expresión facial).
4. Aplicar los aspectos citados sobre comunicación verbal y no verbal aprendidos en conversaciones mediante *role-playing* y ponerlo en práctica fuera del taller.

## **SESIÓN 8**

-Explicar qué es la empatía y porque es importante

-Actividad 1.

Se les leerán una serie de mini-historias y se les preguntará sobre las mismas. Cada una de ellas evocará emociones diferentes (alegria, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco). Ejemplo:

“Ana llega a casa después de hacer un examen de oposición. Llevaba años preparándose, pero se ha quedado en blanco y no ha podido responder a ninguna pregunta” “¿Cómo creéis que se siente? ¿qué le diríais?”.

-Actividad 2.

Es similar a la actividad 1 de esta sesión, pero en esta ocasión son los usuarios los que contarán una historia al resto de compañeros, quienes deberán etiquetar este relato con una emoción.

-Tarea para casa: “Pon atención a alguna historia o situación que te cuente alguien a lo largo de la semana, reflexiona en ese momento sobre qué emoción evoca su historia, que ha sentido al vivir lo que te está contando. Recuérdala y cuéntanoslo en la próxima sesión”.

## **SESIÓN 9**

-Actividad 1: “Conversando”

Se divide al grupo en dos. A cada uno de los pequeños grupos se les da una lista de temas sobre los que deberán debatir durante diez minutos. Esta actividad servirá para que los dos terapeutas que imparten el taller, observen qué tipo de problemas en relación a la comunicación verbal y no verbal, se da en los participantes. Esta evaluación servirá para que se incida más en unos aspectos u otros en función de las necesidades de los usuarios.

-Sobre la comunicación no verbal, explicar:

- Qué es.
- Qué aspectos se relacionan con este tipo de comunicación (Gestos, postura adecuada y dirigida al interlocutor, contacto visual, distancia interpersonal y expresión facial).
- Qué dificultades pueden encontrarse en referencia a los gestos y la postura.

- Actividad 2:

Esta sesión se centrará en los gestos y la postura. Para ello, se realizarán *role-playings* por parejas con situaciones que los terapeutas propongan. Previamente se darán instrucciones sobre en qué tipo de detalles deben fijarse para realizar el ejercicio. Ejemplo:

“Vais a tener una conversación sobre el tema que elijáis, pero es importante que acompañéis ésta con una postura adecuada y hacia el otro compañero, es decir con la cabeza levantada, los brazos abiertos...”.

-Actividad 3:

Se visualizarán grabaciones en las que se plasme el gesto y la postura hacia el interlocutor. Se tratará de una serie de interacciones grabadas, algunas en las que la comunicación no verbal es la adecuada y en otras es incorrecta. Entre los usuarios deberán localizar los errores que han observado.

-Tarea para casa: Se acordará con ellos ciertas interacciones que deberán tener a lo largo de la semana, en las que el objetivo no sea la conversación en sí misma sino poner en práctica las nociones aprendidas sobre gesto y postura. Ejemplo:

“Cuando llegues a casa vas a contarle a tu madre las actividades de ocio que

tenemos planeadas esta semana en AMAFE, practicando los gestos que hemos aprendido en la sesión, con la postura adecuada y dirigida al interlocutor”.

## **SESIÓN 10**

-Se continúa con la comunicación no verbal, en especial en esta sesión se trabajará sobre el contacto visual, la distancia interpersonal y la expresión facial. Se comienza explicando la importancia de estos elementos dentro de la comunicación no verbal y que problemas se pueden encontrar en relación a estos.

-Actividad 1:

Consistirá en hacer *Role-playings* por parejas propuestos por el terapeuta, ofreciéndoles previamente instrucciones de cómo deben de hacerlo. Además deberán añadir a los contenidos de esta sesión lo aprendido en la anterior sobre gestos y postura. Después se hará un debate sobre cómo se han sentido respecto a la comunicación no verbal del compañero.

-Actividad 2:

Visualización de grabaciones con interacciones entre personas, en algunas hay errores respecto a la comunicación no verbal. Ellos tienen que tratar de detectarlos.

-Tarea para casa: Observar la comunicación no verbal de las personas con las que interaccionan a lo largo de la semana. Apuntar en un papel detalles que nos hayan llamado la atención sobre la comunicación no verbal de nuestros interlocutores. Aplicar en alguna interacción lo aprendido sobre comunicación no verbal tanto en esta sesión como en la anterior.

## SESIÓN 11

-Sobre la comunicación verbal, explicar:

- Qué es.
- Qué aspectos se relacionan con este tipo de comunicación (fluidez, ritmo, volumen de voz, inflexiones y latencia de respuesta).
- Qué dificultades pueden encontrarse en referencia a estos elementos.

-Actividad 1: “Exagerando”

Para que vean de manera gráfica cómo sería la fluidez adecuada, el volumen o la latencia de respuesta, vamos a dramatizar cada uno de los componentes de los que hemos explicado, mediante *role-playing*. Ejemplo:

Para trabajar el tono de voz, por parejas uno de los usuarios deberá gritar y a otro no se le oirá prácticamente (según lo que le haya indicado el terapeuta). Los demás deberán observar pues luego será su turno y deberán dramatizar otros elementos (hablar muy rápido o muy despacio etc.). Para facilitar esta tarea los dos terapeutas ejemplificarán previamente estos aspectos.

-Actividad 2: “Grabando”

Por parejas, se les repartirán temas de conversación sobre los que tendrán que debatir con su compañero, poniendo en práctica lo aprendido sobre comunicación verbal y no verbal. Se les grabará, luego se visualizará junto a ellos el vídeo dándoles un *feedback* y corrigiendo los fallos en caso de que sea necesario.

-Tarea para casa: Aplicar lo aprendido en interacciones cotidianas. Se planificará con ellos esta tarea para casa. Ejemplo: “Mañana cuando hables con tu hermano céntrate en el volumen de voz en el que le hablas, al día siguiente en la

fluidez....”. Apuntarán los problemas que han podido darse para comentarlos en sesión.

## **SESIÓN 12**

Esta sesión se va a dedicar a las habilidades conversacionales y se va a trabajar con *role-playing*.

### **-Actividad 1: “Preguntas abiertas vs cerradas”**

Se les explicará en qué consiste cada tipo de pregunta al inicio de la actividad.

Después se dividirá el grupo en dos, y cada terapeuta se encargará de uno de los subgrupos. Se irán formulando ambos tipos de preguntas a cada uno de ellos y se les ofrecerán estrategias para que su discurso tenga contenido. Ejemplo: “Cuando te hagan una pregunta abierta piensa en responder a qué, cómo, por qué, quién...”.

### **-Actividad 2: “Inicio, mantenimiento y fin de conversaciones”**

Antes de comenzar, se realizarán *role-playings* por parejas en los que hablen de cualquier tema, con la supervisión de los terapeutas. Esta tarea servirá para que los terapeutas detecten a qué usuarios les cuesta más iniciar, mantener o finalizar conversaciones. A los que presenten déficits en estos aspectos se les ofrecerán instrucciones sobre cómo manejarlos. Después se repetirán las conversaciones incluyendo las mejoras.

### **-Actividad 3: “¿Conocidos o desconocidos?”**

Mediante *role-playing* por parejas los usuarios representarán situaciones que indiquen los terapeutas, asignando “personajes” a cada usuario. Se darán situaciones en las que los usuarios se cruzan con alguien de confianza (ej: un amigo) o de menos confianza. Consiste en adecuar el contenido de la

conversación al grado afectivo del interlocutor. Se dará un *feedback* de cada situación.

-Tarea para casa: Similar a la tarea para casa de la sesión anterior. Se planearán ciertas interacciones para la semana, en cada una de ellas se centrarán en un aspecto de los trabajados. Deberán apuntar los problemas que se hayan podido dar para trabajarlo en la próxima sesión.

El módulo cuarto, “**Con iniciativa**” pretende trabajar en torno a los trastornos de la volición. Los objetivos específicos de este módulo son:

1. Conocer la relación entre las metas, la autoestima y el estado de ánimo.
2. Establecer metas a corto, medio y largo plazo.
3. Analizar esas metas: encontrar los motivos y planear cómo conseguir las.
4. Conocer algunas claves para mejorar la motivación.

### **SESIÓN 13**

-La motivación: ¿Qué es?

-Las metas: explicar la relación entre la motivación, las metas y la autoestima.

-Actividad 1: “Buscando motivos”

Se les repartirá una hoja en la que deberán escribir qué metas les gustaría conseguir. Primero sólo deberán enumerar cada una de ellas, por pequeña que sea esa meta. El segundo paso de la actividad será que reflexionen y escriban por qué quieren alcanzarla.

-Actividad 2: “Estableciendo prioridades”

Con la lista que han confeccionado sobre las metas y los motivos de las mismas, ahora es el momento de clasificar estas metas en “corto”, “medio” o “largo” plazo.



-Tarea para casa: Repasar las listas que se han confeccionado en sesión sobre las metas y las prioridades y añadir alguna más si se les ocurre o cambiar las prioridades de las mismas (por ejemplo alguna que la consideraban como meta a corto plazo, cambiarla a largo plazo).

## **SESIÓN 14**

-Explicar la importancia de la actitud frente a una meta. Enseñarles autoinstrucciones positivas. Ej.: “Hoy será un día productivo, voy a poder llevar a cabo mi meta”.

-Actividad 1: “Dándole la vuelta a la moneda”

Consiste en detectar en sus discursos pensamientos negativos y/o polarizados y cambiarlos por otros más positivos y menos absolutistas. Reflexionaremos sobre este tipo de pensamientos negativos y entre todos cambiaremos esa frase o pensamiento. Ejemplo: “Nunca lograré terminar con este plan” lo cambiaremos por “Si me propongo algo puedo conseguirlo”.

-Actividad 2: “Plan de acción”

Para planificar las metas nos centraremos en las metas a corto plazo. En primer lugar se hará una reflexión sobre si esa meta es realista, remarcando que si no lo es debemos ajustarla para que tenga más probabilidades de éxito que de fracaso. En segundo lugar vamos a “analizar” estas metas, para ello rellenarán una tabla (Anexo 4) donde recojan qué quieren conseguir, por qué, cómo y cuándo y durante cuánto tiempo.

-Tarea para casa: Llevar a cabo las metas propuestas para la semana que viene y apuntar los problemas que hayan surgido respecto a las mismas.

## **SESIÓN 15**

-Se analizan los problemas que han podido surgir en relación a las metas.

Ejemplo: “Mi meta no era realista porque me establecí que debía salir a pasear demasiado tiempo”. Tratamos de ajustar las metas y resolver los inconvenientes que han podido surgir. Recalcar que el fracaso es necesario en el camino, y que no siempre todo lo vamos a conseguir a la primera.

-Actividad 1: “Premiándonos”

Se les explica la importancia de premiarse o recompensarse a ellos mismos, por pequeño que haya sido el avance. A la vista de las metas semanales que se habían planeado, ahora es el momento de establecer por escrito que recompensa tendrá dar un paso más con esa meta. Ellos deberán encontrar qué incentivos personales son los más adecuados. Por ejemplo:

“Cuando consiga salir tres días seguidos a dar un paseo, el fin de semana iré al cine”.

-Actividad 2: “Plan de acción a medio y largo plazo”

Se trata de una actividad similar a la de la sesión anterior, pero en este caso con metas a medio y largo plazo. Deberán rellenar qué quieren conseguir, cómo, cuándo y durante cuánto tiempo (Anexo 4), en este caso sin reflexionar en los motivos de tales metas, pues será la tarea para casa.

-Se les explicarán algunas claves para mejorar la motivación.

-Tarea para casa: Reflexionar sobre los porqués de las metas a medio y largo plazo que hemos trabajado en sesión.

El último módulo, “**Autoestímate**” se ocupa de la autoestima, aunque no es un síntoma negativo como tal, se ha considerado importante dedicarle unas sesiones pues,

la disminución de la misma se asocia a ciertos síntomas negativos. Los objetivos del presente módulo son:

1. Conocer la relación entre estigma, autoestigma y autoestima
2. Mejorar la autoestima
3. Disminuir el autoestigma
4. Conocer estrategias para mejorar su autoestima

## **SESIÓN 16**

-La autoestima: ¿qué es? ¿Qué identifica a alguien con buena autoestima? ¿Y con mala? ¿Qué puede influir en que nuestra autoestima sea mala o buena?

-Explicar cómo nuestros pensamientos influyen en lo que sentimos y en lo que hacemos. Ejemplo: Si pienso “No sirvo para nada”, me sentiré triste y desanimado, por lo que no intentaré hacer nada.

-Actividad 1: “Detectando pensamientos negativos”

Se les pedirá a los asistentes que escriban en un papel qué piensan sobre ellos mismos. Después lo compartirán con el resto del grupo. Este momento va a servir a los terapeutas para detectar sobregeneralizaciones o autoestigma (que se trabajará en la próxima sesión).

Con los pensamientos negativos se va a tratar de reformularlos en positivo y que se den cuenta como el hecho de que cambie el pensamiento hace evocar una emoción distinta.

-Actividad 2: “Piropeándonos”

Ahora es el momento de que piensen en ellos mismos en positivo. Se les repartirán folios y deberán escribir cuatro cualidades positivas de sí mismos. Además escribirán dos cualidades positivas de cada compañero. Después se

compartirá y cada uno comentará que es lo que más le ha sorprendido de lo que le han dicho sus compañeros.

-Tarea para casa: Se les ofrecerá por escrito una micro-historia (Anexo 5) para que la lean en casa. La historia plasma como una misma situación es vivida por dos personas. Cada persona interpreta tal situación de manera diferente, según su grado de autoestima. Se reflexionará sobre ella en la próxima sesión.

## **SESIÓN 17**

-Explicación/debate sobre cómo influye el estigma y autoestigma en la autoestima

-Actividad 1: “Rompiendo mitos”

Se les leerá una lista con frases sobre la enfermedad mental, algunas serán realidades y otros mitos. Entre todos los participantes deberán detectar entre estas frases los mitos y explicar por qué son un mito. Se relaciona esta actividad con lo que vimos en la sesión anterior sobre a pensamientos-emociones-conducta.

-Actividad 2: “Contra el rechazo en salud mental”

Se pretende que esta actividad sea un espacio para que los asistentes puedan compartir situaciones en las que hayan sentido rechazo asociado a la enfermedad mental, ¿Qué sintieron? ¿Qué pensaron cuando ocurrió? Se detectarán en sus discursos verbalizaciones autoestigmatizantes y se trabajará con ellos el cambio de estas verbalizaciones negativas, explicándoles que influyen directamente en su autoestima.

En la segunda parte de la actividad se les expondrán las principales conclusiones de estudios sobre el rechazo social hacia las personas con problemas con salud mental, recalando la importancia de que lo que más

reduce el estigma y rechazo es el contacto directo con personas que padecen la enfermedad. También se les explicará que el estigma y el rechazo se deben al desconocimiento la mayoría de las veces. Se debatirá acerca de estas conclusiones.

-Se cerrará esta sesión dándoles una serie de consejos para mejorar su autoestima en general y en particular en relación con el autoestigma.

-Tarea para casa: Escribir en un papel momentos pasados y presentes en los que se hayan encontrado a gusto consigo mismos. También reflexionar sobre momentos en los que se han sentido afectados por el estigma internalizado sin ser conscientes en aquel momento.

## **SESIÓN 18** Sesión de cierre.

-Debate sobre conclusiones más importantes que han sacado del taller.

-Se pasan test post-tratamiento: Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989; versión española por Martín Albo et al., 2007), la Escala de Calidad de Vida-QLS (Heinrichs et al., 1984; versión española por Rodríguez y cols., 1995) y la PANSS (Kay et al., 1987; versión española por Peralta et al., 1994).

-Planificación de sesiones de seguimiento (especificando las fechas).

### **Plan de seguimiento**

A la vista de la propuesta rehabilitadora para abordar los síntomas negativos de la esquizofrenia y sus consecuencias, se diseña un plan de seguimiento de la misma. Tal seguimiento pretende hacer una revisión de los contenidos y herramientas que se ofrecieron en el programa. Además servirá también como un espacio para compartir situaciones en las que han podido poner en práctica las técnicas aprendidas de manera satisfactoria u otras circunstancias que no han sabido gestionar. Asimismo se realizarán los ajustes de contenido que sean necesarios para que los objetivos perduren en el tiempo.

### **Método y objetivos**

El presente plan de seguimiento será periódico, reuniendo a los usuarios a los tres, seis y 12 meses posteriores a la finalización de la última sesión del programa para síntomas negativos. En cada uno de estos momentos se les citará dos veces en una semana (ver Anexo 6).

Las actividades que se van a enmarcar en este plan de seguimiento seguirán una metodología participativa y práctica, con flexibilidad en los contenidos. Esto se traduce en que a pesar de que hay un “plan” establecido, las sesiones de seguimiento podrán variar los contenidos en función de las necesidades de los usuarios, pero sin olvidar que el objetivo último del mismo es que lo aprendido se mantenga en el tiempo.

Los objetivos del plan de seguimiento son:

1. Comprobar y supervisar el estado clínico de los usuarios en relación a los síntomas negativos.

2. Repasar los contenidos que se impartieron en el grupo para trabajar los síntomas negativos y sus consecuencias y con esto comprobar que los objetivos del mismo perduran.
3. Compartir experiencias en torno a la enfermedad, debatir y poder plantear cualquier duda.

La estructura que se plantea a continuación se repetirá a los tres, seis y doce meses después de la última sesión. A los tres meses se citará a los usuarios que formaron parte del grupo en la sede de AMAFE, utilizando el mismo espacio donde se llevó a cabo la intervención inicial. Como ya se ha comentado anteriormente se les reunirá dos veces en una misma semana. Cada sesión de seguimiento durará aproximadamente una hora y media.

Se realizará también al año una última sesión de evaluación para tener medidas sobre el cumplimiento de los objetivos del programa pre, post y al año.

### **Esquema de las sesiones de seguimiento**

#### ***Primera sesión de la semana:***

Para comenzar se les explicarán primero los objetivos que persigue el plan de seguimiento, la metodología a seguir y cuándo tendrán lugar las sesiones. Asimismo se les entregará un calendario que refleje los días para reunirse en el mes tercero, sexto y doceavo.

Tras esta presentación se les administrará la subescala de síntomas negativos de la PANSS (Kay et al., 1987; versión española por Peralta et al., 1994). Los resultados

del mismo servirán a los terapeutas para ver en torno a qué síntoma negativo y por ende que módulo será más importante repasar.

En esta sesión se trabajarán alrededor de los módulos “Transmitiendo emociones” y “Comunicándonos con empatía”. El esquema de actividades será:

1. Para repasar el etiquetado de emociones se les pasarán fotos con caras y deberán etiquetarlas.
2. La empatía se repasará de manera práctica: cada compañero contará alguna experiencia que haya vivido desde que terminó el taller. Los demás deberán identificar qué sintió en ese momento.
3. Se revisarán las técnicas para el manejo de emociones negativas y se debatirá si les han sido útiles o no y por qué.
4. Mediante *role-playing* se verificarán las nociones aprendidas acerca de comunicación verbal y no verbal. Se incidirá en aquellos aspectos que se observen más déficits in-situ.

Se finalizará esta sesión dejando un espacio para dudas, preguntas y debate.

### ***Segunda sesión de la semana:***

Esta segunda sesión se dedicará a repasar los módulos “Pequeños placeres”, “Con iniciativa” y “Autoestímate”. El esquema de esta sesión será:

1. Revisión de las metas (tanto a corto como a medio plazo). ¿Se están cumpliendo? ¿Qué problemas han encontrado? Se reformularán las metas en caso de que sea necesario.
2. Actividades placenteras y aficiones. ¿Se ha puesto en práctica la planificación? ¿Por qué sí o no se ha llevado a cabo? Revisamos qué problemas se han encontrado y reformulamos el plan de actividades agradables si es necesario.



3. Autoestima. Se revisará qué tal está la autoestima en este momento, mediante la actividad de encontrar cualidades positivas de sí mismos. Se hará un debate de si la consecución de sus metas ha influido positivamente en su autoestima. Se revisarán las técnicas de mejora de autoestima.

Se finalizará esta sesión dejando un espacio para dudas, preguntas y debate.

La distribución de actividades y contenidos de estas dos sesiones se repetirá a los seis y a los doce meses. Como ya se ha comentado, se adaptarán los contenidos a las necesidades de los usuarios. Se podrá prescindir de algunas actividades si no se considera necesario para el grupo o añadiendo alguna más sobre un tema concreto.

### ***Sesión final de evaluación al año***

Doce meses después de la finalización de la propuesta, se les citará una tercera vez para hacer una sesión final de evaluación. En este momento se les administrará por última vez la Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989; versión española por Martín Albo et al., 2007), la Escala de Calidad de Vida-QLS (Heinrichs et al., 1984; versión española por Rodríguez y cols., 1995) y la PANSS (Kay et al., 1987; versión española por Peralta et al., 1994).

Además de las medidas pre y post tratamiento que ya teníamos, esta nos permitirá conocer si los objetivos del programa se mantienen un año después de haber finalizado el mismo.

## Conclusiones

La introducción de los antipsicóticos atípicos prometía solventar el grupo de síntomas que habían dejado sin cubrir los antipsicóticos tradicionales, nos referimos a los síntomas negativos de la esquizofrenia. Sin embargo, como se ha puesto de relieve a lo largo de este texto, la eficacia de los antipsicóticos atípicos sobre los síntomas negativos de esta enfermedad no ha sido tan claramente demostrada.

Los síntomas negativos y sus consecuencias en la persona afectada por la esquizofrenia son diversas e incapacitantes, necesitando ser abordados desde otro prisma diferente al médico. Es en este punto donde se considera la necesidad de diseñar la presente propuesta para abordar los síntomas negativos desde la rehabilitación psicosocial.

La literatura existente recomienda un abordaje integral de la esquizofrenia que incluya programas de intervención psicosocial (psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales, etc.), sin embargo ninguna guía presenta un programa enfocado específicamente al abordaje de los síntomas negativos detallando por sesiones los contenidos y actividades que se deberían realizar para conseguir el objetivo deseado.

La propuesta está diseñada para el contexto de AMAFE (Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de personas con Esquizofrenia). Teniendo en cuenta la metodología utilizada y los recursos necesarios para llevarla a cabo sería viable implantarla en tal asociación.

El objetivo que pretende dicha propuesta es mejorar la calidad de vida de los usuarios en aspectos relacionados con la enfermedad en general y con los síntomas negativos en particular, aspectos que se operativizarán pasando los cuestionarios expuestos anteriormente. Sería necesario implementar esta propuesta para comprobar si realmente los objetivos que pretende alcanzar el programa se cumplen.

Si los objetivos se cumplen, por ende los usuarios que han asistido a las sesiones programadas han mejorado su calidad de vida en aspectos relacionados con la enfermedad en general y con los síntomas negativos en particular. En tal caso, es deseable que estos beneficios se mantengan en el tiempo por lo que se hace necesario el posterior plan de seguimiento diseñado.

En definitiva, analizando la situación actual respecto al tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia, la viabilidad de este programa en la citada Asociación y los potenciales beneficios que podría traer consigo la misma, sería imprescindible la implantación de la presente propuesta para abordar los síntomas negativos de la esquizofrenia desde la Rehabilitación Psicosocial.

## Referencias

- AMAFE: Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de personas con Esquizofrenia (2014). *Memoria año 2014*. Recuperado de: <http://www.amafe.org/wp-content/uploads/2015/08/memoria-2014.pdf>
  
- American Psychological Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia* (2ª ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association.  
[http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf)
  
- Bagnall, A.M., Jones, L., Ginnelly, L., Lewis, R., Glanville, J., Gilbody, S., (...), y Kleijnen, J. (2003) A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. *Health Technol Assess*; 7(13), 1-193. [http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/data/assets/pdf\\_file/0020/65072/FullReport-hta7130.pdf](http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/data/assets/pdf_file/0020/65072/FullReport-hta7130.pdf)
  
- Bleuler, E., (1911), *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien: Franz Deuticke.
  
- Buelga, S (2007). El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. En M. Gil (Dir), *Psicología Social y Bienestar: una aproximación multidisciplinar*.154-173. Universidad: Zaragoza
  
- Carrasco, O (2015). Apuntes asignatura SAX006. Programas de Intervención: Programas de Afrontamiento, Manejo de la Enfermedad (III). Programas de afrontamiento al estrés y programas de entrenamiento en habilidades sociales. 13-14.

Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria.  
 Universidad Jaume I de Castellón

-Dachesky, D. (2009) El grito silencioso de la esquizofrenia: la apatía. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 15 (3), 182-185.  
[http://www.alcmeon.com.ar/15/59/05\\_dacheski.pdf](http://www.alcmeon.com.ar/15/59/05_dacheski.pdf)

-Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología* 24(1-3), 223-244  
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/104/106>

-García-Portilla, M. P. y Bobes, J. (2013) Ante el nuevo reto de identificar el síndrome negativo de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría Salud Mental (Barc.)*, 6(4), 141-143.  
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-ante-el-nuevo-reto-identificar-90250061>

-González Cases, J. y Rodríguez, A. (2002). La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica. En J. González y A. Rodríguez (coord.), *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención*. 17-42 Cuaderno técnico. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

-Grant, P.M., Huh, G.A. , Perivoliotis, D. , Stolar, N.M., Beck, A.T. (2012) Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 69(2) 121-127.  
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1107449>

-Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental (coord) (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

-Halford, W.K., Harrison, C., Kalyansundaram, M.B., Moutrey, C., y Simpson, S.(1995) Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiatric Services*, 46 (11),1189-1191,

-Heinrichs, D. W., Hanlon, T.E. y Carpenter, W.T. (1984). The Quality of Life Scale: An instrument of rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 388-399

-Heinssen, R. K.,Lieberman, R. P., y Kopelowicz, A. (2000) Psychosocial Skills Training for Schizophrenia: Lessons From the Laboratory. *Schizophr Bulletin* , 26 (1), 21-46

- Jackson, J. H (1985) On Temporary Mental Disorders after Epileptic Paroxysms en *Selected Writings of John Hughlings Jackson*, Taylor, J. (ed.) 119-134 Londres: Hodder and Stoughton.

-Kanter, J. (1989). Clinical Case Management: definition, principles components. *Hospital Community Psychiatry*, 40, 362-368.

-Kay, S. R., Flszbein, A., Opfer, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.

- Klingberg, S., Wölwer, W., Engel, C., Wittorf, A., Herrlich, J., Meisner, C., ... Wiedemann, G. (2011). Negative Symptoms of Schizophrenia as Primary Target of Cognitive Behavioral Therapy: Results of the Randomized Clinical TONES Study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 98–110.  
[http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/37/suppl\\_2/S98.long](http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/37/suppl_2/S98.long)
- Mairs H., Lovell K., and Keeley P.. (2013). Psychosocial interventions for the negative symptoms of psychosis. *Mental Health Practice*, 16 (5). 19-22.  
<http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/mhp2013.02.16.5.19.s9539>
- Martín Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F (2007) The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology* 10(2),458–467.
- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T., Gold, C. (2011) Musicoterapia para pacientes con esquizofrenia y trastornos similares a la esquizofrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209766125&DocumentID=CD004025>
- Muesser, K.T., Liberman, R.P. y Glynn, S.M. (1990). Psychosocial Interventions in Schizophrenia. En A. Kales, C. Stefanis y J. Talbot (Eds.), *Recent Advances in Schizophrenia*. Nueva York: Springer-Verlag.
- National Institute of Mental Health (2011). *Esquizofrenia*. Departamento de Salud y Servicios de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud. Publicación de NIH

Núm. SP 11-3517 <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/index.shtml>

-NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*.

NICE Clinical guideline CG178 <http://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-recommendations>

-Peralta, V., Cuesta, M.J. (1994). Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.* 22(4), 171-117.

-Pilling, S.(1991). *Rehabilitation and Community Care*. London: Routledge

-Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research and action*. Nueva York: Rinehart and Winston.

-Rodríguez Fornells, A., Rodríguez Martínez A., Jarne Esparcia, A., Soler Pujol, R., Miarons Tuneu, R., Grau Fernández, A. (1995). Estudio factorial de la Escala de la Calidad de Vida en la esquizofrenia. *Revista de Psicología General y aplicada*, 48 (3), 535-365.

-Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.

-Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.

-Smith, T. E., Bellack, A. S., & Liberman, R. P. (1996a). Social skills training for schizophrenia: Review and future directions. *Clinical Psychology Review*, 16, 599-617



- Stahl, S.M. (2013) Emerging guidelines for the use of antipsychotic polypharmacy. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*, 6, 97-100.
- Tomaras, V., Vlachonikolis, I.C., Stefanis, C.N. y Madianos, M. (1998). The Effect of Individual Psychosocial Treatment on the Family Atmosphere of Schizophrenic Patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 256-261.
- Tsapakis, E. M. , Dimopoulou, T., Tarazi, F.I. (2015). Clinical management of negative symptoms of schizophrenia: An update. *Pharmacology & Therapeutics*, 153, 135–147.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163725815001230>
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema* 12(3), 345-364. <http://www.psicothema.com/pdf/459.pdf>
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

## Anexos

### Anexo 1

*Tabla resumen de la propuesta*

MÓDULOS	QUÉ SÍNTOMA(S) TRABAJA	SESIONES	CONTENIDOS
		Sesión 1	-Presentación -Pre-test.
Módulo 1 “Transmitiendo emociones”	Embotamiento afectivo y afecto aplanado	Sesión 2	-Psicoeducación general sobre emociones -Emoción y expresión facial
		Sesión 3	-La ira
		Sesión 4	-Tristeza y depresión -Alegría
		Sesión 5	-Sorpresa y asco -Miedo y ansiedad
Módulo 2 “Pequeños placeres”	Anhedonia	Sesión 6	-Psicoeducación en actividades agradables
		Sesión 7	-Planificación de actividades agradables
Módulo 3 “Comunicándonos con empatía”	Aislamiento social y alogia	Sesión 8	-La empatía
		Sesión 9	-Comunicación no verbal: gestos y postura
		Sesión 10	-Comunicación no verbal: contacto visual, distancia interpersonal y expresión facial.
		Sesión 11	-Comunicación verbal: fluidez, ritmo, volumen de voz, inflexiones y latencia de respuesta.
		Sesión 12	-Habilidades conversacionales: inicio, fin y mantenimiento de conversaciones, etc.
Módulo 4 “Con iniciativa”	Avolición	Sesión 13	-La motivación
		Sesión 14	-Las metas y su planificación
		Sesión 15	-Problemas con las metas -Recompensa tras la meta
Módulo 5 “Autoestímate”	Autoestima	Sesión 16	-La autoestima -Distorsiones cognitivas
		Sesión 17	-Estigma, autoestigma y rechazo
		Sesión 18	-Cierre y conclusiones -Post-test. -Planificación de sesiones de seguimiento.

## Anexo 2

*Actividad “Buscando actividades agradables”*

<b>PASADAS</b> (Actividades agradables que hacías antes y <u>dejaste de hacer</u> a consecuencia del problema actual)	<b>PRESENTES</b> (Actividades agradables que <u>hacías y que todavía sigues haciendo</u> de forma esporádica)	<b>FUTURAS</b> (Actividades agradables que <u>nunca hiciste</u> , pero que crees que si las hicieras te <u>podrían gustar</u> )

## Anexo 3

*Actividad “Planificando actividades agradables”*

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>GRADO DE ESFUERZO</b> (0-10)	<b>GRADO DE SATISFACCIÓN</b> (0-10)

## Anexo 4

*Actividad “Plan de acción”*

<b><u>Qué</u></b> quiero conseguir	<b><u>Por qué</u></b> quiero conseguirlo	<b><u>Cómo</u></b> puedo conseguirlo (pasos para llegar a la meta)	<b><u>¿Cuándo?</u></b> Qué días voy a llevarlo a cabo y durante cuánto tiempo (min, h.)	<b><u>Cuánto</u></b> voy a tardar en conseguirlo (días, meses, años)

## Anexo 5

### *“Las aventuras de Pepe y Luis”*

Dos amigos, Pepe y Luis, salen a tomar un café y conocen a una chica muy guapa. Empiezan a hablar con ella. La chica se muestra simpática y agradable con los dos, e incluso intercambian los teléfonos. Cuando Luis y Pepe regresan a casa, Pepe cuenta la historia de la siguiente forma; “Esta tía seguro que pasa de nosotros porque seguramente elige estar con chicos más altos, guapos, con mejor situación económica... y aunque conserve el teléfono, seguro que la llamamos y nos da largas” A lo que Luis comenta: “No sé, yo la he encontrado encantadora y parecía bastante sincera, e interesada a la hora de volver a vernos. Creo que la llamaré mañana”

## Anexo 6

### *Esquema del plan de seguimiento*

